EDUCACION SEXUAL 10

# personas con discapacidad



Página/12

# PREGUNTAS FRECUENTES / RESPUESTAS CLARAS



RESPONDE
Lic. María Elena Villa Abrille
Psicóloga. Sexóloga Clínica. Especialista en sexualidad de las personas con discapacidades. Miembro de la comisión de discapacidad y de la revista de SASH (Sociedad Argentina de Sexualidad Humana).
*villaabrille@fibertel.com.ar*

## Dos tabúes en uno: sexo y discapacidad

La muerte, la sexualidad, la discapacidad, son algunos de los grandes tabúes que nuestra cultura conserva desde tiempos ancestrales. Afortunadamente, con el paso de los años y el acceso a la información, se va desvaneciendo el velo que mantiene ocultos ciertos temas, y así es como hoy nos encontramos tanto en los medios, como en las investigaciones y cada vez más en la vida cotidiana, ante esta realidad que durante mucho tiempo intentamos olvidar: la sexualidad de las personas con discapacidades. Las actitudes de marginación por parte de la comunidad ante la sexualidad de las personas con discapacidad están estrechamente relacionadas con las formas en que se concibe la discapacidad por un lado, y la sexualidad por el otro, es decir, un tabú sobre otro.



*dirección general: Hugo Soriani*
*edición y entrevistas: Liliana Viola*
*rumbo de diseño: Alejandro Ros*
*image research + diseño: Juliana Rosato*
*ilustraciones: Leandro Salvati*
*coordinación general: Víctor Vigo*

Educación sexual-1a ed.- Buenos Aires: La Página, 2006
16p.; 28x20cm.
ISBN 987-503-430-4
1. Educación sexual.
CDD 613.907 1
Fecha de catalogación: 21/09/2006
Impreso en Kollor Press S.A. en diciembre de 2006



## ¿Cómo fue cambiando el modo de encarar la sexualidad de las personas con discapacidad?

En un principio se pensaba que la información, la normalización y la integración de las personas con discapacidad se lograban solamente brindando conocimientos de escolaridad, luego se agregaron los conocimientos para el área laboral y finalmente los del área ocupacional. Pero muy pocas veces se hablaba del area afectiva y sexual; tanto es así que cuando se les preguntaba a los responsables de establecimientos qué actitud tomaban ante las manifestaciones afectivas y sexuales de los concurrentes, era común que respondieran: "acá no pasa nada de eso...".

Muchos padres afirmaban que sus hijos eran "eternos niños", "angelitos de Dios" en todo lo relacionado a lo sexual, mientras que en las demás áreas se advertía la tendencia a sobrevalorar las capacidades reales de sus hijos, para que de esta manera no se evidenciaran las diferencias ante la mirada de los otros.

Respondiendo a un afán normalizador, finalmente se intentó considerar lo sexual en la educación, pero el intento no fue efectivo porque nadie se había acercado a las personas con discapacidad para saber qué les pasa, qué desean, qué sienten, qué quieren. A pesar de que nuestras sociedades pretenden ser respetuosas de la dignidad de sus integrantes, no se reconoce plenamente la realidad del deseo de las personas con discapacidad, provocando una negación de la necesidad de prepararlos para la vida afectivo-sexual y familiar.

### ¿Cuáles son los errores más frecuentes al encarar la educación sexual de chicos con discapacidad ?

Es común que se malinterpreten muchas de las manifestaciones sexuales, dado que las mismas son vistas desde la mirada adulta y en la mayoría de los casos la intencionalidad de las mismas es diferente. A su vez, es muy común que se siga asociando el término sexualidad al de genitalidad. Ya deberíamos saber que la sexualidad es mucho más que eso, la sexualidad es abarcativa, dinámica, se construye, es erotismo, es intimidad, contacto, es parte de cómo somos, cómo nos expresamos, cómo miramos, expresamos nuestro afecto, nos comunicamos genitalmente, y muchas cosas más.

# ¿Qué significa tener una discapacidad?

En general se utiliza la palabra discapacidad para dar cuenta de un gran número de diferentes limitaciones funcionales que se registran en las poblaciones de todo el mundo, pero se trata de algo más complejo: es el resultado de la interacción entre personas con diferentes niveles de funcionamiento y un entorno de barreras medioambientales y de actitud que esa persona puede enfrentar. Dicho de otra manera, las personas con limitaciones suelen ser discapacitadas, no debido a sus afecciones diagnosticadas, desde la enfermedad, sino desde el criterio de salud, a causa de la exclusión de las oportunidades educativas, laborales, sexuales, afectivas, de integración, etc.

Esta definición está tomada de la CIF (Clasificación Internacional de la Funcionalidad de la Discapacidad y la Salud), nueva clasificación a utilizar por todos los organismos desde el año 2001, según lo estipulado por la OMS y por la Organización Mundial de Personas con Discapacidad, dejando sin uso la anterior definición (discapacidad-deficiencia-minusvalía) que solamente marcaba la diferencia y la enfermedad.

## ¿Cuáles son las distintas discapacidades?

Podemos clasificar las discapacidades en cuatro grandes grupos:

- INTELECTUALES.
- NEUROLOCOMOTORAS: Lesiones medulares, parálisis cerebral, hemiplejias, mielomelingocele, etc.
- SENSORIALES: Ciegos-sordos.
- VISCERALES: Diabetes, cardiopatías, enterostomías, renales, etc.

De acuerdo al tiempo de la afección las podemos clasificar como:

- PERMANENTES
- TRANSITORIAS



### ¿Sobre quiénes recae la mayor discriminación en torno a la sexualidad?

Las formas de discriminación más severas se localizan en personas con discapacidad intelectual y en aquellos que presentan trastornos neurolocomotores, es decir, los que tienen menores posibilidades de una vida independiente, en tanto que los trastornos visuales y auditivos parecen tener menores restricciones en el ejercicio de su vida erótica.

ESTA PAREJA NO PUDO CASARSE EN LA IGLESIA DEL CARMEN, EN PASO DE LOS ANDES, GODOY CRUZ. FUERON DISCRIMINADOS POR PADECER UNA DISCAPACIDAD MENTAL LEVE.

# MITOS Y PREJUICIOS

Los mitos y prejuicios sobre la sexualidad de las personas con discapacidad son sobre todo producto de la falta de información.  Estos prejuicios los perjudican ampliamente, ya que hacen más difícil su normalización, su integración, y ponen barreras para que las personas con o sin discapacidad puedan relacionarse entre sí. Muchas veces esta discriminación por ignorancia obliga a que las personas con alguna discapacidad deban relacionarse solamente con profesionales, docentes y familiares, limitando sus reales posibilidades de comunicación.

## "Las personas con discapacidad son feas"

Nos compete a todos juntos redifinir el concepto de belleza a partir de cada individuo e independizarlo de la valoración mayoritariamente expuesta o aceptada, contribuyendo a crear nuevos parámetros de inclusión en una temática tan compleja y oculta como es la discapacidad. Actualmente el ideal de belleza internalizada por la cultura y  por la moda está dando lugar a otros modelos que siempre han existido, y que traen consigo una belleza diferente, con nuevas formas de comunicación, que lleva a preguntarnos: ¿Es posible que un cuerpo que presenta una discapacidad nos muestre nuevas formas de sensualidad y erotismo?

## "Las personas con discapacidad son asexuadas"

Este es un mito que se sostiene también para los niños y para las personas mayores. Históricamente se trató de desexualizar a la persona discapacitada. La sociedad prefiere asociar y limitar la sexualidad a las personas jóvenes y que respondan a un modelo de belleza cada vez más restringido. Pero lo cierto es que no existen personas asexuadas, no importa su edad ni sus capacidades. Cada uno expresa su sexualidad de acuerdo a sus posibilidades y a la etapa de su vida en la que se encuentre. Nacemos sexuados y nos hacemos sexuales por el aprendizaje corporal, intelectual y social.



### “Las personas discapacitadas viven una sexualidad especial”

No existen distintas sexualidades, la sexualidad es una, la sexualidad humana. Existen diferentes formas de vivirla según circunstancias o etapas evolutivas. No todas las personas discapacitadas, a su vez, viven la sexualidad de la misma manera, ya que la sexualidad se construye, es dinámica, se aprende. No se pierde porque se esté lesionado, porque no pueda moverse bien o porque haya perdido más o menos sensibilidad. Todo nuestro cuerpo es erótico y sensible y está en cada uno de nosotros permitirnos recorrerlo placenteramente.

## Las personas con discapacidad sólo pueden relacionarse afectiva y sexualmente con personas discapacitadas

Esto también forma parte de los grandes mitos existentes, pueden vincularse con cualquier otra persona; solamente si existe un déficit intelectual, el vínculo será más fácil con un par y ambos desearán las mismas cosas.

## “Los cuerpos diferentes a los de la mayoría, tienen dificultades para sentir”

El órgano sexual más importante es el cerebro y el más grande la piel, por lo tanto imaginemos las variadas posibilidades placenteras que cada uno de nosotros tiene. En muchos casos es necesario redescubrir un nuevo cuerpo, reasignarlo placentera y eróticamente. Es el cuerpo que tenemos y de acuerdo a cómo lo sintamos transmitiremos a los demás y viviremos en consecuencia.

### ¿La discapacidad mental implica una sexualidad hiperdesarrollada?

Definitivamente, no. El desconocimiento lleva a que se malinterpreten determinadas conductas sexuales de las personas con discapacidad, en especial si éstas presentan déficit intelectual. Un ejemplo de ello es que, al carecer de “freno inhibitorio”, les cuesta diferenciar las conductas íntimas privadas de las públicas; tan es así, que es común observar que se masturben en público con gran placer. Es aquí donde se debe enseñar que son actos placenteros, íntimos y privados que no merecen hacerse adelante de otros y que deben realizarse en la mayor intimidad, conducta que se aprende en forma de hábito.



## ¿Qué consecuencias puede traer un debut sexual arreglado por padres o adultos?

Es bastante común que muchos jóvenes y adultos con discapacidad intelectual sean llevados por sus padres a tener su debut sexual; nada más equivocado que esto. En la mayoría de los casos, esta situación responde a calmar la ansiedad de los adultos y no de los jóvenes involucrados.

Pueden ocurrir diferentes situaciones ante este esperado (por los otros) debut sexual: que la persona se sienta violada y agredida en su intimidad por alguien a quien no conoce y que no comprende la situación que plantea. Esto provoca depresión, aislamiento, falta de apetito, etc.

Puede ocurrir que la situación se haya vivido como placentera y al no haberse producido en un marco de comunicación y contención, tienda a repetirse indiscriminadamente con uno o con ambos sexos. Esto se debe a una conjunción del inadecuado control de sus impulsos y la imposibilidad de comprender el acto que se está llevando a cabo. Muchas veces estos “debuts” devienen en los casos que quienes estamos en el ambito de la discapacidad recibimos con el rótulo de “posibles violadores”. Lo que ocurre en realidad es que motivados por una experiencia irresponsable, en la mayoría de los casos intentan satisfacer su placer sin consentimiento del otro, generando una serie de conflictos importantes a nivel individual e institucional.

# PREOCUPACIONES DE PADRES Y DOCENTES DE NIÑOS Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD MENTAL

## ¿Es necesaria la educación sexual?

Hay que considerar que suelen tener una baja autoestima, un débil control de los impulsos, una baja tolerancia a la frustración, una escasa comprensión. Todos factores que los conducen a la búsqueda de la gratificación a través de las sensaciones placenteras. Si la educación sexual no se inicia desde temprana edad, será muy difícil hacerles entender, cuando lleguen a la adolescencia y adultez, que lo que se busca es que vivan saludablemente su sexualidad, evitando que se hagan daño y que agredan u ofendan a los demás.

## ¿Cómo actuar ante la masturbación?

Es fundamental hacerlos conscientes –como a cualquier otro niño, aunque en estos casos con mayor énfasis– de que existen conductas públicas y conductas privadas. Que con las públicas se ha de tener cuidado de no ofender ni agredir y que hay otras que sólo deberán hacerse en privado; aunque estas últimas no por ser privadas puedan atentar contra su propia salud.

Las personas se masturban porque es un acto placentero, pero muchas veces lo realizan por aburrimiento y por no tener algo más gratificante, como también puede suceder que se masturben compulsivamente, por efecto de alguna medicación o patología adjunta. Por ello es importante que los padres estén atentos a estas posibilidades así como también a la de que se masturben usando objetos peligrosos o apoyados en filos de muebles, ya que podrían lastimarse sin darse cuenta.

## ¿Qué actitudes equivocadas suelen tomar los padres?

Generalmente los padres se encuentran angustiados frente a las expresiones afectivas y sexuales de sus hijos. Este mismo desconocimiento, junto al temor que se agrega a que pueda pasarles algo, provoca que muchas veces se ignore el tema y hagan como que "aquí no pasa nada". Siguen tratando al joven o adulto como un eterno niño, lo visten como tal y lo tratan respondiendo a sus propias necesidades de seguridad y no a las de sus hijos, que necesitan crecer armónicamente. De este modo se genera un desfasaje importante, dado que no son niños y ya tienen características de adultos; esto favorece aún más la no integración.

Muchas veces prefieren que sus hijos solo mantengan contacto con sus pares en los establecimientos a los cuales concurren, y no permiten el intercambio en otros ámbitos, porque es mejor que estén en su casa con la familia, sin peligros que acechan su integridad.

## Chicos y chicas: el sueño de la boda

Padres y madres suelen pensar que porque su hijo/a dice estar de novio y se va a casar, esto implica inexorablemente la genitalidad. En la mayoría de los casos, el sueño del casamiento surge por una propia necesidad de compartir afectos y de imitar el mundo adulto. Pueden pasar toda una vida en calidad de novios y los cambios de novias/novios son muy frecuentes, dado que en la mayoría de los casos se hacen indiscriminadamente: lo que vale y se valora es la categoría "estar de novio". Hay que darle a cada afirmación su dimensión real.

## EDAD CRONOLÓGICA Y EDAD DE COMPRENDER

Cuando estamos frente a una persona con discapacidad intelectual tenemos que pensar que existe una edad cronológica que permite que se produzcan los cambios físicos esperados a esa edad, y que por otro lado existe una edad de comprensión de la realidad, que siempre es inferior a esa edad cronológica.

Esta situación confunde porque, por un lado, le exigimos acorde a su edad cronológica y esperamos que sus demostraciones afectivo-sexuales vayan de la mano, y no es así. Muchas veces nuestra mirada de adultos y nuestra intencionalidad adulta hacen que malinterpretemos estas manifiestaciones, otorgándoles un significado erróneo.



# ¿Qué actitudes favorecen una sexualidad saludable?

El gran desafío para padres, docentes y profesionales es canalizar la sexualidad de los jóvenes dándoles la información necesaria sobre los cambios que van a tener, enseñándoles a expresar sus emociones y manifestaciones de afecto, enseñándoles cómo aproximarse en forma asertiva hacia la persona que les atrae. Digo "enseñar" porque no solamente se aprende a leer textos, es también fundamental enseñarles a leer sus propias emociones y las de los otros, porque la inteligencia no abarca solamente la esfera de lo cognitivo sino también lo emocional. La educación sexual forma parte del adecuado desarrollo de las habilidades sociales. Por eso es necesario que crezcan en un ámbito que los ayude a desarrollarse armónicamente en todos los aspectos.

Para ello los padres deben asesorarse, pedir orientación a profesionales que se dediquen a este tema y que conozcan de sexualidad humana tanto como de discapacidad. No debemos olvidar que todos somos modelos sexuales para los otros, por lo tanto de acuerdo a cómo vivamos nuestra propia sexualidad, podremos comprender mejor la de nuestros hijos.



PROTESTA DE DISCAPACITADOS EN CASA ROSADA.

## Hablar del respeto al cuerpo

Es importante que desde temprana edad en las familias hablen del respeto y cuidado del propio cuerpo y el de los demás, situación que debe plantearse por igual a todos los hijos y en especial si presentan alguna discapacidad. Enseñarles que el cuerpo es de uno y que no cualquiera puede tocarlo, como tampoco podemos tocar a los demás siempre y en cualquier lugar. Es necesario hablar de la intencionalidad y de la comunicación como fuente de placer y vida o de agresión y maltrato. Hay situaciones que tenemos que mostrarles que no nos son agradables, y es necesario explicarles que, siempre que se encuentren en una situación que no les agrade, pueden comunicarlo a un adulto. La aceptación de demostraciones afectivo sexuales permitirá un mejor desarrollo y una mejor integración.

## ¿Qué hacer cuando los chicos manifiestan el deseo de tener relaciones sexuales?

En muchos casos solo desean saber cómo es, simplemente por necesidad de información como cualquier otra persona. Otras veces es porque desean concretarlo.

En caso de que emocionalmente se encuentren capacitados para enfrentar esta situación, se les debe hablar con la mayor naturalidad, haciendo hincapié en la necesidad del uso del preservativo y de la utilización de algún método anticonceptivo por parte de la mujer. Todos los padres deben informar a sus hijos sobre los métodos de prevención y de anticoncepción explicando con hechos claros, simples y concretos las consecuencias de su no uso. Los varones deben poder comprar los preservativos, la primera vez acompañados por un adulto. Deben saber cómo se colocan. Las mujeres, acompañadas de sus madres, deben consultar a una ginecóloga para buscar un método, dado que no existen métodos universales. Cada persona es única y necesita ser tratada como tal.



PROTESTA DE DISCAPACITADOS EN CASA ROSADA.

## ¿Qué es y cómo se produce una lesión medular?

La lesión medular es una discapacidad que representa cambios múltiples en las diversas facetas de la vida de la persona lesionada. En la mayoría de los casos se produce por accidentes laborales, de tráfico, haciendo algún deporte, por agresiones con arma blanca o de fuego. La zona afectada suele ser generalmente el cuello, también el pecho, la parte superior de la espalda . Las que se producen en la parte baja de la espalda representan el menor número.

La médula es una estructura muy importante para el funcionamiento de nuestro cuerpo, tanto a nivel motor como sensitivo y vegetativo (funciones en las que no intervenimos voluntariamente como la cardiáca o la respiración) y se encuentra protegida por la columna vertebral. Lleva información de todo el cuerpo al cerebro y el cerebro envía a su vez información al cuerpo a través de esa vía. Por ello cuando hay un daño se afecta la transmisión y la recepción de mensajes desde el cerebro hacia los sistemas del cuerpo que controlan las funciones sensoriales, motoras y vegetativas hasta la altura de la lesión. De la misma manera el cerebro tampoco puede enviar mensajes a la parte del cuerpo ubicada debajo de la altura de la lesión.

## ¿Existe la rehabilitación sexual?

Es necesario que las parejas así como realizan rehabilitación física realicen rehabilitación sexual. Al decir esto me refiero a iniciar un proceso de reaprendizaje donde se logra el placer y el orgasmo a traves de otras técnicas de estimulación como la sensibización sensorial, mediante caricias, masturbación, sexo oral, compartir fantasías, etc.

## ¿El sildenafil (Viagra) resulta efectivo?

Sí. Los fármacos con sustancias vasoactivas (sildenafil) pueden contrarrestar la disfunción eréctil y permiten lograr una penetración. Es importante señalar que las personas no deben automedicarse y que cada caso es particular, así que lo que funciona para uno puede no funcionar para otro. También hay que aclarar que los medicamentos pueden no tener el efecto necesario si no se tiene una previa orientación sexual.

## ¿Qué otros métodos ayudan a lograr una erección?

Se puede lograr una erección por vacío, mediante un aparato constituido por un cilindro y un pulsador que crea un vacío que permite que el pene se llene de sangre. Tras la erección se coloca en la base una anilla fina que mantiene el pene rígido durante 15 minutos. Es posible practicar el coito con la sonda puesta si es necesario; se dobla la misma a su salida del pene y se enfunda con un preservativo. El aprendizaje de los miembros de la pareja servirá para adaptar las posiciones más cómodas y estimulantes. En muchas oportunidades la pareja necesitará ayuda externa de otra persona que colabore en encontrar la mejor postura y obtener el mayor placer.

## ¿Hay estudios especiales sobre cómo educar y rehabilitar sexualmente a las mujeres con lesión medular?

Muy poco. Es lamentable observar que se piensa que las mujeres con lesión medular no tienen problemas, ya que su capacidad reproductiva no se ve alterada, por lo tanto, no hay nada más que decir. Las voces femeninas pocas veces tienen un impacto entre sus líderes, ya que los comentarios sobre el acoso sexual que algunas viven de los propios compañeros o bien las ansiedades que experimentan, no son tomadas en cuenta. Las voces femeninas respecto a su sexualidad no son escuchadas por nadie. La perspectiva de género no ha sido incorporada a este tópico.






## Las personas con lesión medular no experimentan orgasmos

Lamentablemente existen muchos varones que a pesar de tener una erección no se sienten completos, ya que no ven su eyaculación (tienen eyaculación retrógrada) y por ende, no disfrutan. Hay aquí un terrible error al creer que en los varones la eyaculación y el orgasmo son sinónimos entre sí. Puede haber orgasmos sin eyaculación, con eyaculación y después de la eyaculación. El orgasmo no es sólo un evento fisiológico, sino que es un evento acompañado de emociones, de identidad y de autoestima, entre otras cosas. Por otro lado, existen evidencias científicas y experimentales de que existen orgasmos fisiológicos y orgasmos psicógenos. Masters, Johnson y Kolodny (1985), aportaron importantes datos referidos al caso de una mujer con lesión medular que reportaba orgasmos, y en quien la tumefacción aparecía en los labios de la boca y no en los labios de la vulva. Estos datos, así como el identificar al orgasmo psicógeno, abrieron la posibilidad de promover una salud sexual en los pacientes.

Al utilizar ejercicios de sensibilización orientados a sentir variedad de sensaciones en todo nuestro cuerpo y en la mayoría de los casos en lugares inusuales, recorriendo el cuerpo como si fuera un mapa a descubrir, se observa que existen zonas más sensibles que otras y que adquieren significado erótico que llevan al orgasmo.

En una oportunidad le pregunté a un paciente que había tenido un accidente y estaba en silla de ruuedas si su sexualidad y los orgasmos eran mejores antes del accidente... él mismo me respondió que los actuales eran mucho mejores, porque había sido entrenado a sentir otras cosas, lo cual le había dado la posibilidad de utilizar sus fantasías, deseos e imaginación al máximo.

La piel de todo el cuerpo es un horizonte de erotismo que deberíamos explorar mejor.



### Es una tragedia estar en silla de ruedas, por ello son dignos de veneración e inspiración para los demás.

Esta creencia es contraria y opresora para las personas con discapacidad desde la perspectiva del movimiento, y de los derechos de personas con discapacidad. Muchas personas con y sin discapacidad refuerzan esta idea que no ayuda, ya que los coloca y les exige ser héroes, heroínas y personajes superdotados.



### Las personas con lesión medular pueden transmitir su lesión a sus hijos.

Al ser las lesiones medulares producto de accidentes de trabajo o deportivos, o bien de heridas con armas punzo-cortantes o armas de fuego, las mismas son adquiridas y no son congénitas. Por ello no es transmitida genéticamente a la descendencia, así que este temor es infundado.

### La lesión motora inhibe el deseo sexual, puesto que lo motor no les permite el movimiento requerido para un coito

Partimos de una concepción muy reducida y equívoca de la sexualidad si la consideramos únicamente como coito. La sexualidad es mucho más que eso, es más abarcativa y en una pareja implica la calidez, las caricias, el erotismo, los olores, las fantasías, creatividad, permiso, etc. emanados por cada uno de los sentidos y de cada milímetro de nuestra piel. Mientras se tenga presente esto y exista apertura hacia la sexualidad, la pareja podrá mantener una vida sexual muy amplia y enriquecedora.

En la práctica profesional se encuentra que existe gran desconocimiento en torno a las alternativas sexuales (diferentes al coito) que pueden ejercerse a fin de lograr la comunicación, la calidez y el placer íntimo con la pareja de una persona con lesión medular.



### La incontinencia los hace sexualmente desagradables y termina anulando la relación.

Una pareja que vive su sexualidad a partir de una lesión la vive de manera diferente a como lo hacía antes; sin embargo, esto no significa que vivirlo diferente sea sinónimo de inferior: es sólo diferente. Frente a la incontinencia existe una serie de alternativas para enfrentarla , como ser evacuar con anterioridad al encuentro, o bien, en caso de utilizar sonda, colocar el preservativo con la sonda debajo. La situación también exige programar el encuentro amoroso a los efectos de evitar alguna situación no agradable a la pareja.



### Las personas en sillas de ruedas no pueden ser atractivas.

Muchos sienten que su cuerpo diferente puede no cubrir las expectativas de las posibles parejas sexuales; se piensa que nadie se fijará en ellos/as, ya que el modelo de belleza impuesto por la sociedad involucra a cuerpos musculosos, esbeltos y fuertes. Cada vez más esta idea se va erradicando debido al trabajo de resignificación que se viene realizando. Sin embargo, esto pesa más sobre la mujer que sobre el varón, dado que es más frecuente encontrar varones casados o en pareja que mujeres en la misma situación. El género femenino parece más dispuesto que el masculino a no preocuparse por la silla de ruedas y aceptar como pareja a alguien lesionado medular. La incorporación de modelos con esta discapacidad para fotografías artísticas, desfiles de modas y otras actividades contribuyen a romper este mito, que no sufren solamente las personas con esta discapacidad sino también los mayores, los que tienen unos kilos de más, etc.

# ¿Qué significa devotee y wannabe?

A pesar de que la bibliografía científica dice que estas orientaciones existen desde hace más de un siglo, es Internet quien ha permitido que estas personas compartan sus experiencias, que en la mayoría de los casos se han vivido en perfecto silencio y en el más profundo anonimato.

**Devotee o Devoto**, en sentido amplio, se denomina así a aquella persona que siente una atracción especial por las personas con discapacidad.

**Existen diferentes tipos o niveles de devotee:**
En muchos casos nos encontramos ante personas devotee que fantasean o desean relacionarse afectiva-sexualmente con personas en silla de ruedas o amputadas. Es una cuestión de gustos o preferencias que no genera conflictos. No ocurre lo mismo cuando se siente **(los devotee propiamente dichos)** una necesidad compulsiva obsesiva de concretar esta relación. En estos casos, la persona resulta parcializada y el objeto de deseo pasa a ser el miembro amputado o la silla de ruedas. Aquí suele generarse un vínculo no saludable, desparejo, dado que la persona discapacitada se siente utilizada para satisfacer una necesidad, sin que se tengan en cuenta sus sentimientos.
Los **devotees pretendientes** son aquellas personas que desean ser discapacitadas y tratan de asemejarse lo más posible, ya sea utilizando sillas, muletas, aparatos ortopédicos, etc. durante parte del día para satisfacer sus fantasías y deleitarse con la mirada de los otros.
Las **personas wannabe** son aquellas que no se sienten cómodas con el cuerpo que tienen y su deseo más grande es estar amputadas, es decir, la discapacidad les daría identidad y completud. Es un problema similar al de la disforia de género, (estar en un cuerpo que no les pertenece) pero desean y hacen lo imposible para lograr este deseo: amputarse algún miembro.

# ¿Por qué se considera una desviación?

Si nos dejáramos guiar por ciertas interpretaciones de la psicología o el psicoanálisis sólo estaríamos hablando de perversiones o desviaciones. Desde la sexología y con el fin de desestigmatizar, hablamos de parafilias o seudoparafilias. La etimología de la palabra parafilia alude a un amor paralelo a la forma convencional.
Para la sociedad en su mayoría, el sexo convencional tiene las características de heterosexual, coital, con finalidad procreativa y bajo determinadas posturas y hábitos. La sexología se propone evitar estas convenciones y no estigmatizar imponiendo sobre temas tan controvertidos como la sexualidad humana una marca discriminatoria.
Havelock Ellis, el eminente médico inglés, se refiere a las alternativas o variantes sexuales cuando expresa: "Todo el mundo no es como usted, ni como sus amigos y vecinos. Incluso sus amigos y vecinos puede que no sean tan semejantes a usted como usted supone. Comprender las parafilias implica saber hasta dónde los hechos del desarrollo del sexo y sus emociones pueden ser uniformes y constantes".
Lo que sí podemos dejar en claro, más allá de abrir un espacio de interrogantes, es que lo más importante es que cualquier práctica donde se parcialice a la persona y no se la tome en su totalidad reviste una problemática concreta.
Las personas con discapacidad necesitan vivir plenamente su sexualidad, pero sus propias limitaciones y el medio en el que se desenvuelven hacen que en la mayoría de los casos vean frustrados muchos de sus proyectos, y en especial su proyecto afectivo-sexual.
Queda mucho por esclarecer y es responsabilidad de los profesionales tener una escucha abierta hacia estas situaciones, para poder aliviar el dolor ocasionado , la , vergüenza y la culpa que estas personas sienten, generando ámbitos terapéuticos para su atención, como también despenalizar desde lo sociocultural este tipo de relaciones en aquellas personas que no parcializan su deseo y sólo buscan relacionarse afectiva o sexualmente con las personas con discapacidad sin ofender, sin dañar, sin especular en un encuentro elegido por ambos, demostrando que la salud no es solo una construcción social.




Las personas con discapacidad son asexuadas.
No sienten deseo.
No se interesan en las relaciones sexuales.
No pueden tener relaciones sexuales normales.
Pueden tener hijos enfermos.
Una institución no es un lugar
para las relaciones sexuales.
La mujer discapacitada no tiene riesgos
de ser agredida sexualmente.
Un hombre que tiene una paraplejia
no volverá a tener sensibilidad sexual
ni capacidad de penetración.
Una mujer con retardo mental
no cuidará a su bebé.
Una mujer con paraplejia no puede concebir.
Las personas que tienen síndrome
de Down no tienen deseo sexual.
Las personas con esquizofrenia
no pueden tener una relación de pareja.
Las personas con parálisis cerebral siempre presentan
discapacidad intelectual y no se interesan por el sexo.
Es esencial para la satisfacción sexual que haya coito.
Es esencial para la satisfaciión sexual
que el coito termine en orgasmo.
Si una persona discapacitada tiene un problema
sexual casi siempre es resultado de su problema.
Si una persona sin discapacidad se relaciona con alguien
con discapacidad, es porque tiene algún problema
o no es atractivo para nadie.

# Próximo número:




RESPONDE
JORGE BENETUCCI
Médico. Doctor en medicina. Jefe del Departamento de Infectología del hospital Muñiz.

¿Podemos decir que el VIH se ha convertido en una enfermedad crónica? ¿Quiénes son las personas con más riesgo de contagio? ¿Qué hacer para no contagiarse? ¿Qué efectividad tienen los nuevos tratamientos? ¿Cómo actúa el virus? ¿En qué partes del organismo se aloja? ¿En qué cambia la vida cotidiana de las personas con infección? ¿Dos personas con VIH pueden tener relaciones sin preservativo sin correr riesgos? ¿Las mujeres con VIH pueden tener hijos sanos? ¿Qué es el período de ventana? ¿Qué significa "negativizarse"? ¿Se puede interrumpir el tratamiento sin correr riesgos de enfermarse? ¿Se corren riesgos al elegir una pareja con ViH? ¿Hasta qué punto es efectivo el preservativo? ¿Qué contagia y qué no?

